



JOÃO LUÍS DE PAIVA JARA

**COBERTURA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS BAIRROS BELA
VISTA E CASA PRETA EM JI-PARANÁ/RO**

**CAMPO GRANDE/MS
2015**

JOÃO LUÍS DE PAIVA JARA

**COBERTURA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS BAIRROS BELA
VISTA E CASA PRETA EM JI-PARANÁ/RO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof^a Ms Renata Cristina Losano
Feitosa

**CAMPO GRANDE/MS
2015**

DEDICATÓRIA

À População dos Bairros Bela Vista e Casa Preta, da Cidade Ji-Paraná/RO.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Renata Feitosa, pelo apoio prestado na elaboração do Projeto de Intervenção.

RESUMO

A Hipertensão é uma doença com elevada incidência na população Mundial, estimando-se em cerca de 25% dos adultos na população Brasileira, chegando a 50% após os 60 anos e 5% nas crianças e adolescentes, tendo elevada mortalidade e morbidade, sendo considerado o principal factor de risco independente e linear para as doenças cardiovasculares, principal causa de mortalidade nos Países industrializados. O controle adequado e bem conduzido, tem um grande impacto na redução de mortalidade e da morbidade, reduzindo a incidência de 40% dos AVC, 25% dos Infartos de Miocárdio, 50% da Insuficiência Cardíaca, portanto com grande repercussão social e económica. Como tal deve ser uma prioridade da Atenção Básica com diagnóstico precoce e atempado com controle essencial para diminuição dos agravos e mortalidade. Propomos um Plano de Intervenção na UBS do Dom Bosco de Ji-Paraná, com a equipe de PSF-2, com o objetivo de melhorar o cadastro e controle dos Hipertensos, partindo dos dados actuais, fazendo busca activa, com acções na área coberta, campanhas educativas, agendamento facilitado de consultas, aumento da adesão a hábitos de vida saudáveis, prevenção dos factores de risco, correcção e monitoramento da terapêutica, estratificação do grau de risco, com avaliação comparando os índices apresentados, antes e depois da intervenção, com melhoria da qualidade de vida da população da área de abrangência da UBS Dom Bosco.

Palavras chave: Hipertensão, Atenção Básica, Cadastro

ABSTRACT

Hypertension is a disease with high incidence in the world's population is estimated at around 25% of adults in the Brazilian population, reaching 50% after 60 years and 5% in children and adolescents, having high mortality and morbidity, being considered the primary independent risk factor and linear for cardiovascular disease, the main cause of mortality in industrialized countries. The proper control and well conducted, has a great impact on mortality and morbidity reduction, reducing the incidence of 40% of STROKE, 25% of myocardial Infarcts, 50% of heart failure, therefore with great social and economic repercussions. As such should be a priority of the basic attention with early diagnosis and timely with essential control for reduction of harms and mortality. We propose a plan of intervention in UBS of Don Bosco of Ji-Paraná, with the team of FHP-2, with the aim of improving the registration and control of Hypertension, starting from the current data, making active search, with stocks in the area covered, educational campaigns, scheduling facilitated consultations, increased adherence to healthy lifestyle habits, prevention of risk factors, correction and therapeutic monitoring, the degree of risk stratification, with evaluation comparing the indexes presented, before and after the intervention, with improving the quality of life of the population of the area covered by the UBS Don Bosco.

Key words: Hypertension, primary health care, cadastre

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	07
1.1 Introdução.....	07
1.2 Objetivos Gerais.....	11
1.3 Objetivos Específicos.....	12
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	13
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO...19	
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
5 REFERÊNCIAS.....	23
6 ANEXOS.....	24

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial é uma doença de primordial importância clínica e social, dada a sua elevada prevalência na população, e por ser considerado o principal factor de risco para as doenças cardiovasculares, a causa mais frequente de mortalidade e morbilidade nos países industrializados^{1,2}.

Actualmente define-se Hipertensão Arterial por persistência de níveis de Pressão Arterial acima de 125 mm Hg sistólica e de 85 mm Hg diastólica, podendo ser classificada por níveis de Pressão – Normal: abaixo de 120/80, Pré-Hipertensão: 120 a 139/80 a 89, Hipertensão Nível I: 140 a 149/90 a 99, Nível II: 150 a 159/100 a 109, Nível III. +de 180/+de 120, ou pela repercussão nos órgãos alvo – Estadio I: sem evidência de repercussão, Estadio II: pelo menos uma lesão, Estadio III: repercussão em mais que um órgão alvo⁵.

Normal	Abaixo de 120/80
Pré-Hipertensão	120-139/80-89
Hipert. Nível I	140-149/90-99
Hiper. Nível II	150-179/100-109

Estágio I Sem evidência de repercussão
Estágio II Pelo menos uma lesão órgão alvo
Estágio III Repercussão mais grave órgão alvo

Não deve ser diagnosticada com base em apenas uma medição a menos que esta seja superior 210/120 mm Hg ou associada a lesão órgão alvo^{3,4}.

Antes de considerar a terapêutica deve-se obter duas ou mais leituras anormais de preferência num período de algumas semanas.

Também devemos excluir a Pseudo Hipertensão que em geral ocorre em pacientes idosos com vasos rígidos e não compressíveis (artéria palpável após insuflação do manguito-Sinal de Osler). Do mesmo modo a suspeita da “hipertensão do Jaleco” associada ao stress da ida à consulta⁵

Temos também que ter presente a medicação que possa contribuir para a elevação da pressão (descongestionantes nasais, anovulatórios orais, anorécticos, AINS, hormônios da tiroideia, abuso de álcool)⁶.

É importante também identificar nos idosos a Hipertensão Sistólica isolada, que está associada a maiores complicações cardiovasculares^{2,7,11}.

Na maioria dos casos (+ de 90%) a Hipertensão é primária ou essencial por não se diagnosticar uma causa, existindo factores genéticos e de influência de hábitos de vida como a ingestão de sal, o abuso do álcool, stress, sedentarismo e obesidade^{8,9}.

Nos restantes 10% classifica-se como Hipertensão secundária em que existe uma causa muitas vezes potencialmente curável, sendo as mais frequentes: Doença do Parênquima Renal, Doença Reno-Vascular, Feocromocitoma, S. Cushing, Hiperaldosteronismo Primário e Coartação da Aorta. Deve-se pensar nesta situações especialmente nos casos de utentes em que a Hipertensão surgiu com menos de 30 anos ou mais de 60, Hipertensão de difícil controle, Hipertensão maligna, e em casos de sintomas ou sinais sugestivos. É fundamental a avaliação de lesões de órgãos alvo que permite também estratificar o grau de risco¹⁵.

A nível Mundial por dados da OMS de 2013, estima-se que a Hipertensão afecta 1/3 da População, sendo o principal factor de risco para a mortalidade¹¹.

É responsável por 54% dos Acidentes Vasculares Cerebrais e por 47% dos Enfartes do Miocárdio em todo o Mundo, com mortalidade anual de 7,6 milhões de pessoas devido à Hipertensão¹².

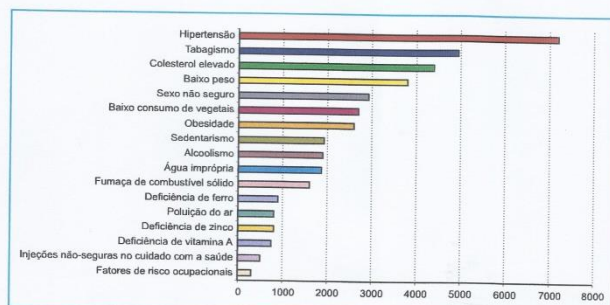


FIGURA 2.1

Mortes atribuídas aos principais fatores de risco, mundo — 2000 — World Health Report — WHO 2002

A nível Nacional estima-se que 25% dos adultos sejam Hipertensos, chegando aos 50% após os 60 anos, e a 5% das crianças e adolescentes¹³. Do total de casos pensa-se que apenas 10% fazem medicação e estejam controlados. (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

No Município de Ji-Paraná/RO a porcentagem em adultos com mais de 20 anos é de 5.4%¹⁴, pelo que na amostragem se depreende que há uma nítida discrepância em relação aos dados do País e do Mundo.

Conforme se depreende da introdução, trata-se de uma doença grave de elevada mortalidade e morbidade, sendo considerado o principal factor de risco independente e livre para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e causa mais comum nos Países Industrializados com alta incidência na população Mundial e por decorrência no Brasil, com alto impacto Social, estando muito subnotificado o diagnóstico no nosso Município

1-A Hipertensão é uma doença com elevada incidência na população, estimando-se em cerca de 25% dos adultos Brasileiros, chegando a 50% após os 60 anos, e 5% nas crianças e adolescentes¹³.

2-Doença com elevada mortalidade e morbidade, sendo considerado o principal factor de risco independente e linear para doença cardiovascular^{1,2}, causa mais comum nos Países Industrializados¹⁸.

Segundo a OMS as doenças não transmissíveis são responsáveis por quase 60% das mortes no Mundo chegando aos 75% nas Américas sendo as doenças cardiovasculares as principais causas que no Brasil correspondem a 55%.

3-Fácil diagnóstico com escassos recursos (Basta um Esfigmomanómetro, Estetoscópio e Técnicos habilitados).

4-Tratamento disponível de fácil acesso e com grande eficácia no controle (hoje são poucos os casos de Hipertensão Essencial refractária à terapêutica desde que bem conduzida) e com grande impacto na redução da mortalidade e morbidade, reduzindo em 40% incidência AVC, 25% Infarto Agudo do Miocárdio, 50% de Insuficiência Cardíaca, portanto com grande impacto Social e de Saúde Pública¹².

5-Casos de Hipertensão Secundária, mais frequentes na infância e adolescência com possibilidade de cura com todas as suas implicações.

6-Muitas vezes assintomática

A Hipertensão arterial parece ser mais do que um simples aumento da pressão arterial, pois inclui outros factores que contribuem para o aumento do risco cardiovascular, como a obesidade a diabetes e o colesterol, em que mais de 80% dos pacientes apresentam co- morbididades, como glicemia de jejum alterada, hiperinsulinemia, redução do HDL, elevação do LDL e dos Triglicéridos assim como Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo. Portanto é mais uma síndrome vascular progressiva como síndrome metabólico, surgida a partir de inter-relacionados aspectos etiológicos¹⁷.

Como em quase tudo na Medicina e na Vida, a prevenção é sempre melhor e mais compensador do que depois tratar.

No caso da Hipertensão ainda mais relevante é o caso por ser uma doença que para além da mortalidade elevada, causa senão for feita a prevenção e tratamento, elevada morbidade com graves sequelas decorrente de AVC hemorrágicos ou Isquémicos, assim como Insuficiência Cardíaca e Doença Renal com todas as limitações para a vida e sofrimento decorrentes, tal como encargos sociais e familiares importantes¹⁵.

Decorre a maior parte das vezes de forma assintomática pelo que a informação é essencial para o diagnóstico¹⁶.

Existem factores predisponentes com possibilidade de controle e diminuição da sua intervenção, tal como a obesidade, sedentarismo, stress, tabagismo e teor sal^{15,16}.

Tem um diagnóstico acessível e fácil de executar não necessitando de muitos recursos, e de baixo custo bastando um esfigmomanómetro, estetoscópio, e

técnico facilmente habilitado. Também o tratamento hoje disponível compensa a maioria dos casos e é também de custo reduzido e de fácil administração, evitando a maior parte dos eventos cardiovasculares, reduzindo em 40% incidência de AVC, 25% Infarto Agudo de Miocárdio, 50% de Insuficiência Cardíaca, portanto com grande impacto social e de Saúde Pública⁵.

Portanto o que falta são campanhas de sensibilização educativas, começando nas escolas com educação em termos de alimentação saudável, que deverá fazer parte do currículo, assim como na formação dos professores, para além também da importância do exercício físico, pois como sabemos a obesidade cada vez é mais frequente na juventude. Também acções na Comunidade, assim como campanhas de rastreio de massas, na Medicina do trabalho em que é obrigatória mas por vezes não cumprida.

1.2 Objetivos Gerais

- Propõe-se como objetivo geral a promoção de ações de informação/sensibilização, no sentido da prevenção e diagnóstico dos casos assintomáticos e não diagnosticados de Hipertensão Arterial, revertendo também a subnotificação grave do nosso Município, assim como o controle efectivo da Hipertensão e dos factores adjuvantes como a obesidade, sedentarismo, stress, consumo teor de sal, tabagismo, dislipidémia, consumo de anti-inflamatórios não esteróides e outras medicações prejudiciais a longo prazo.

1.3 Objetivos Específicos

Fornecer informação à população da Área de modo a empreender a mudança de comportamento face à seriedade do problema que constitui a Hipertensão, com campanhas de informação sobre a doença, e importância dos factores de risco associados e sua possível prevenção incluindo os jovens em idade escolar, aproveitando também a consulta de saúde infantil em que já se mede a pressão, mobilizando o poder Público nas ações a desempenhar com a utilização dos Mídias.

Rastrear a população alvo no sentido de atingir taxa de cobertura de acordo com a realidade estatística para esta patologia, actualmente desfasada da realidade, abrangendo o diagnóstico dos factores de risco associados para a sua estratificação.

Optimizar o controle dos casos diagnosticados e futuro seguimento a longo prazo, programando consultas e efectuando o seu agendamento.

Como conclusão ressaltamos a importância da informação e sensibilização da população, para a sua adesão, assim como o agendamento facilitado para garantir acesso fácil e cómodo ao utente.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O projeto será desenvolvido com a equipe do PSF (Médico, Enfermeira, Tec. Enf. e os ACS) assim como com a colaboração do sector Administrativo da Unidade, e do NASF.

Será verificado o registo dos prontuários, o cadastro efectuado pelos ACS, elaborar a estatística da consulta com registo próprio, e utilizar os dados do SIAB.

Serão utilizar os indicadores referidos no Quadro 1 (ANEXO 1), relativo às taxas de cobertura, taxas de casos controlados e confirmados, percentagem de medições de PA nas crianças, percentagem da população aderente, nº de factores de risco associados e percentagem de Hipertensos com risco estratificado, percentual de utentes com alimentação saudável, praticantes de exercício físico, taxa de fumantes.

Neste sentido vamos implementar formação correta da medição arterial com ação de formação da Tec. Enf., reuniões com os ACS para desenvolverem actividades junto da comunidade, com rastreamento dos Hipertensos e seu agendamento, com busca activa dos casos faltosos.

Serão realizadas reuniões nos Bairros junto da comunidade, para campanha de informação sobre Hipertensão Arterial, factores de risco e sua importância. Envolver o NASF para palestra sobre Alimentação saudável.

Campanha de informação sobre tabagismo e o seu risco acrescido para doença cardiovascular associada à Hipertensão.

Reunião mensal com a equipe para avaliação dos resultados e programação de ações a desenvolver para correcção de eventuais erros nas tarefas.

Programar Reuniões com Autoridades Municipais para avaliação de indicadores e estímulo à sua acção complementar.

Prazo de execução até Novembro de 2014

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

No decurso das ações desenvolvidas utilizamos o registo dos prontuários, a estatística da consulta com registo diário da actividade e os dados recolhidos pelos ACS e restante equipe.

Foi confirmado o nº de Hipertensos previamente diagnosticados: Neste sentido actualizámos os dados colhidos pelos 4 ACS da equipe, tendo sido contabilizados 131 casos correspondendo a 5.7% da população cadastrada de 2.286 pessoas, valor idêntico aos dados do SIAB de 2012 com 5.4% da população adulta com mais de 20 anos de Ji-Paraná.

Com a implantação do projeto de intervenção, foi realizada a busca ativa convocando os utentes não utilizadores da UBS, realizadas as campanhas de informação, e o rastreio sistemático de Hipertensão Arterial nos familiares presentes, houve uma ação no Bairro Bela Vista da área adstrita com mutirão de Hipertensão na Igreja P. Isaías com a colaboração da comunidade e das autoridades eclesiais que cederam o espaço (Fot. 1), com atendimento de 47 moradores, tendo sido diagnosticados 11 novos casos, foi possível fazer-se a actualização do cadastro de Hipertensos com mais 127 casos (5.5%), totalizando 258 casos (11.28%), portanto ainda longe dos 25% estimados pela prevalência aproximada na população adulta (dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão 2013).

Avaliando a ação depreende-se que ainda se tem muito a fazer, ampliando a informação por palestras e interacção com a comunidade e associações, programando mutirões de hipertensão periódicos em áreas planejadas mapeando os bairros de toda a área coberta, com a vantagem de também se fazer o rastreio de diabetes frequentemente associada e dos factores de risco como a obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Estas ações dependem de vários factores, pois na nossa UBS há uma pressão maioritária para as consultas de livre demanda de áreas descobertas, que continuam a constituir a maioria (mais de 50%), assim como o atendimento de doentes enviados diariamente pelo Hospital que fica nas proximidades.

Também dificulta a colheita e análise de dados dos prontuários o facto de serem ainda de modelo em uso pela Odontologia, não existindo prontuários familiares, apesar de já se ter colocado a questão à direcção, tal como o

arquivamento em ficheiro geral de toda a unidade, provocando com frequência semanal de perdas e duplicações de processos por arquivamento incorrecto.

Sendo assim conclui-se que em relação ao cadastro real da população atingiu-se meta parcial de 11.8%, sendo esperado 25%, ficando em fase de implantação os restantes ao longo da nossa acção pelo que os prazos definidos foram insuficientes para a obtenção de melhores resultados.

Constatou-se que existe também uma subnotificação, com o diagnóstico de 62 casos de diabetes, compatível com a referência em relação à associação frequente de cerca de 50% dos casos de Hipertensão e Diabetes por partilharem aspectos comuns de resistência vascular periférica aumentada e lesão endotelial assim como de resistência à insulina. Na acção programada no bairro foram diagnosticados 6 casos de diabetes (12,7%), 5 casos de tabagismo (10,6%), 11 casos de obesidade associada ao sedentarismo (23,4%).

Em relação à patologia associada para além da Diabetes e à avaliação de lesões nos órgãos alvo, não foi possível quantificar, assim como estratificar o grau de risco, pelas dificuldades descritas anteriormente de consulta dos prontuários, contudo são vários os casos com associação com cardiopatia isquémica, (2 casos com colocação de stent, e um com bypass) Arritmias com K< por terapêutica diurética não controlada, 2 AVC, 2 AIT, dislipidémia.

A percentagem de casos não controlados foi de 25 em 127 avaliados com 8 por interrupção da terapêutica, 10 por insuficiente medicação, 7 por interacção medicamentosa com anti-inflamatórios não esteróides, anovulatórios e corticoterapia. Em relação aos restantes casos continua em fase de implantação por revisão dos processos.

Quanto às acções de controle dos factores de risco, efectuámos reuniões com informação e campanha durante o mutirão no bairro, assim como durante as consultas e visitas domiciliárias (Fot.2 e 3) onde sempre abordámos a importância dos hábitos de vida saudáveis, o controle da obesidade com promoção da alimentação saudável, do baixo teor de sal, e do estímulo à prática de exercício físico.

Nas reuniões e durante as consultas, com insistência na informação sobre os factores associados, como a obesidade, sedentarismo, stress, alimentação correta, foi destacada a importância da adesão e cumprimento da terapêutica, ressaltando os benefícios e riscos do controle insuficiente.

Foi realizado o monitoramento com busca dos faltosos às consultas programadas. Modificou-se algumas terapêuticas desatualizadas, como as que se encontraram institucionalizadas nalguns doentes com captopril 1 dia, ou Propanolol 1 dia, quando a acção não cobre as 24 horas, diuréticos em monoterapia e sem controle de ionograma periódico, manipulados com anti-inflamatórios associados, corrigindo e instituindo o protocolo da Associação Brasileira de Hipertensão.

Quanto aos possíveis casos de Hipertensão Secundária investigámos os casos de Hipertensão de difícil controle, nos casos de jovens, nos casos de aparecimento tardio, assim como nas situações em que a anamnese e observação clínica o sugeriam, tendo sido diagnosticados 4 casos de patologia da Tiróide e uma suspeita de patologia da supra-renal.

Foram efetuadas ações de conscientização com participação dos ACS com programação de visitas. Na consulta foi exemplificada a importância da adesão e cumprimento da terapêutica, e facilitámos o acesso da consulta por marcação simplificada pelo ACS.

Quanto à disponibilidade da medicação na UBS, não foi possível a sua implantação apesar de ter sido colocada a questão em reunião com o Secretário da Saúde, por não se ter alterado a política Municipal de centralização da Farmácia com argumento de economia de custos e por impedimento devido à obrigatoriedade de existência de Farmacêutico na Unidade.

Também em relação à acessibilidade não se alterou o quadro actual de difícil acesso com um ónibus de hora a hora que não cobre todo o bairro, não se tendo criado serviços específicos como existem noutros Municípios. Quanto ao agendamento das consultas continua também a ser um obstáculo, dado não ter sido aceite a sugestão de marcação por telefone e por horas, continuando a ser feita de manhã com fila e ficando depois horas à espera pela consulta no caso de ser dos últimos, sendo excepção a marcação efectuada pelos ACS que tem vagas disponíveis diárias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos foram parcialmente atingidos, considerando a melhoria do percentual cadastrado de Hipertensos de 5.7% para 11.28%, com maior adesão às consultas e monitoramento.

Também em relação ao trabalho de equipe, melhorou a sua actuação com conscientização dos ACS e Tec. sobre a importância da sua actividade na sensibilização da população para a prevenção e promoção de saúde.

Propõe-se a continuação de esforços para melhoria do cadastro e monitoramento da Hipertensão Arterial e estratificação de risco com seguimento correto do controle, insistindo nas acções decampo como o efectuado no Bairro Bela Vista que foi gratificante nos resultados com adesão e colaboração da comunidade.

Pretende-se melhorar e otimizar os prontuários e ficheiros, estando previsto a implantação do E-SUS, pelo que se terá que aguardar a sua efectivação que parece para breve, permitindo uma avaliação correta e mais fácil da nossa acção com estudo da diminuição dos agravos relacionados com a Hipertensão, que continua a ser a causa mais importante de doença cardiovascular com redução importante da mortalidade morbidade associadas.

REFERÊNCIAS:

- 1-V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia
- 2-Lewington S, Clarke R, Olzibash N, Peto R, Collin R (for the prospective studies collaborations- Age-Specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality)Prospective studies Lancets 2002; 360:1903-13
- 3-Clark R. McKenzie, Washington Manual de Therapeutic Clinical 1998;65
- 4-Canadian Hypertension Education Program (CHEP) 2014
- 5-Blackbook.Clínica Médica 2007;259
- 6-Blackbook. Clínica Médica 2007;266
- 7-JAMA 1991;265:3255-364
- 8-Luft FC. Twins in cardiovascular genetic research hypertension 2001;37 350-356
- 9-Br.Med.Bull 1994; 50 272-298
- 10-Friedman GD, col. Percussion of Essencial Hypertension: body Weight, Alcohol and Salt use, and Parenteral History of hypertension. Prev.Med.1988; 17:387-402
- 11-World Health Report 2002
- 12-OMS 2009
- 13-Sociedade Brasileira de Hipertensão 2013
- 14-SIAB 2013
- 15-ESH/ESC 2013 (Guidelines for the Management of Hypertension) 2013
European Society of Hypertension/European Society of cardiology
- 16-Blackbook. Clínica Médica 2007; 258
- 17-Rev.Soc.Cardiol. Estado de São Paulo 13(1) 64-77 Fev.2003
- 18-WWW rbconline.org.br/Scielo php. Aspectos Epidemiológicos na Doença Coronária e Cerebrovascular- Revisão- Sergio Emanuel Kaiser

ANEXO 1

ANÁLISE SITUACIONAL

Problema Seleccionado: Hipertensão Arterial

Projecto: Ampliar Cobertura da Hipertensão Arterial

Na sequência do tema escolhido, da sua prevalência e importância clínica já referida nas tarefas anteriores programamos as ações a desenvolver quanto aos seguintes ítems:

1-Cobertura

2-Qualidade

3-Adesão

4-Registro

5-Avaliação de risco

6-Promoção Saúde

Prevenção/ Diagnóstico rastreio de casos não cadastrados/ Monitoramento/ controle Terapêutico

Participantes no Trabalho

População Área Cadastrada- Total 2.286

Equipe de Saúde (Médico, Enfermeira, Tec.Enf. e 4 ACS)

Amostra Total da População-n=2.280

Casuística actual- 5,4% (SIAB) Adultos + de 20 anos

- Estimativa (Sociedade Brasileira de Hipertensão) 25% total/
50% Adultos + de 60 anos/ 5% crianças.

Obter o Perfil Epidemiológico/ Factores de Risco da População da Área

Obesidade

Consumo de sal

Sedentarismo

Tabagismo

Consumo de Anti-Inflamatórios Não Esteróides

Amostra Relativa ao período de cadastramento dos ACS

Período Proposto de Fevereiro a Novembro de 2014

Localização- Área de cobertura da ESF (Bairro Bela Vista e Casa Preta de Ji-Paraná)

Caracterização - Área Urbana Residencial com moradias na maioria de baixa renda

Material Usado

Registro de Prontuários

Estatística da Consulta

Cadastro dos ACS

Dados do SIAB/ Dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013)

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES
1- COBERTURA	1.1 Cadastrar 100% dos HTA.	1.1 Taxa de Cobertura
	2.1 Controlar 100% casos	
2-Qualidade	Diagnosticados	2.1 -% Casos Controlados
	2.2 Implementar Medição correcta TA.	2.2- Casos Confirmados
	2.3 Medição TA nas Crianças	2.3- % Casos Medidos
3-Adesão	3.1 Buscar População Faltosa	3.1 -% Casos Aderentes
	3.2 Atingir Total da População	3.2 Proporção
	4.1 Manter actualizado Prontuário	
4-Registro	HTA	4.1 % Ficheiros Actualizados
5- Avaliação de Risco	5.1 Efectuar Estratificação de Risco	5.1 -% H. com Risco Estratificado
6- Promoção de Saúde	6.1 Educação Alimentar	6.1 -% H. com Alimentação Saudável
	6.2 Prática de Exercício Físico	6.2-% H. Praticantes de Exercício F.
	6.3 Controle Tabagismo	6.3-% H. que Deixaram de Fumar
	6.4 Informação sobre HTA e Sequelas	6.4-% H. Informados

Pretende-se

1-Atingir Taxa de Cobertura de acordo com realidade estatística para esta patologia.

2-Optimizar Controle de Casos Rastreados com seguimentos a longo Prazo cumprindo nº de consultas Programadas.

3- Controlar os Factores de Risco associados e a Morbilidade.

Prioridades Problema

Alta incidência HTA

Alta Percentagem não diagnosticada

Alta percentagem insuficientemente controlada

Hábitos de vida não saudáveis

Não adesão ao tratamento

Inexistência de Farmácia na Unidade de Saúde

Acesso à Unidade de Saúde

Estratégia actuação “nós críticos”

Problema	Projecto
HTA não diagnosticados	Cadastro real da População Mapeamento Convocatória progressiva Pop. Para rastreio Plano com ACS Informação por Palestras Apoio Associações Comunidade Meios de Comunicação Ampla Actuação nas Escolas Implementar Medição pressão na C.S Infantil
HTA não Controlados	Controle Factores de risco -Obesidade -Hábitos Vida -Consumo Sal -técnicas – diminuição stress Adaptação Terap. Adequada Investigar HTA Secundária latrogenia
Hábitos de Vida não Saudáveis	Campanhas Informativas Programar Formação Grupos de Estímulo Melhorar Educação Física escolar Incentivar Autoridades para legislação Específica (ex. Teor Sal Pão, etc.)
Não adesão ao Tratamento	Consciencialização do paciente Exemplificação das sequelas Facilitação acesso ao Tratamento
Inexistência farmácia na Unidade Dificuldade Acesso à Unidade	Incentivo às autoridades Criação transportes específicos. Agendamento sem lista de espera Modificação do actual esquema

Quadro 1

Avaliação Capacidade de Execução

Responsáveis

Equipe PSF

Médico

Enfermeira

Técnica Enfermagem

ACS

Apoio NASF

Direção Unidade

Funcionários Administrativos

1-Ação na Comunidade



2-Visita Domiciliária

